

Reunión científica Sociedad Vasco-Navarra de Pediatría. San Sebastián 2021

Euskal Herriko Pediatria Elkartea bilera zientifikoa. Donostia 2021

El pasado 18 noviembre de 2021 se celebró esta reunión científica en el Colegio de Médicos de Guipúzcoa.

Debido a la situación de pandemia, la reunión fue de carácter semi-presencial.

El programa incluyó:

- **Mesa redonda. Novedades en neuropediatría.** Moderadora: Dra. Esther Zuazo Zamalloa. *Neuropediatría. Servicio de pediatría. OSI Goierri-Urola.*
 - **Novedades en patología neuromuscular.** Dra. Ixaso Martí Carrera. *Neuropediatría. Servicio de Pediatría. HU Donostia.*
 - **Novedades en epilepsia: nuevos conceptos, nuevos tratamientos.** Dr. Sergio Aguilera Albasa. *Neuropediatría. Servicio de pediatría. H Universitario Navarra.*
- **Lectura Beca Inocencio Elola 2019.** Dra. Zuriñe Ortiz de Zarate Caballero.
- **Encuentro con el experto.** Moderador: Javier Calzada Barrena. *Vocal por Gipuzkoa de la SVN. Jefe de Servicio de pediatría. OSI Goierri Urola.*
 - **Salud bucodental.** Andrea Poza Pascual. *Odontopediatra. Bizkaia.*

Los contenidos de estas ponencias están recogidos en este mismo número del *Boletín de la SVN*.

Debido a la situación de pandemia y los límites de aforo, en esta ocasión solo se admitieron 15 comunicaciones libres y se otorgó un premio a la mejor presentada.

La asistencia virtual fue seguida por casi un centenar de socios de la SVN.

Eskerrik asko guztioi ikastaroan parte hartzeagatik

Asimismo, a lo largo de la jornada se procedió a la recogida de votos para la renovación de la Junta Directiva de la SVN, anunciada y presentada en la Asamblea General de Socios de la propia jornada científica.

COMUNICACIONES LIBRES PRESENTADAS

¿SON ÚTILES LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE SARS-CoV-2 EN LOS NIÑOS SINTOMÁTICOS QUE CONSULTAN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS? A. Lopez Oreja, J. Amasorrain Urrutia, L. Herrero García, P. Del Río Martínez, P. Oliver Goicolea, J.J. Idoeta Kiernan, J.R. Lasarte Iradi. *Servicio de Pediatría. Hospital de Mendaro. OSI Debarrena. Gipuzkoa.*

Antecedentes. La COVID-19 en los niños presenta diferencias respecto a las series de adultos, cursando con síntomas más leves o asintomáticos. Ello podría llevar a un infradiagnóstico por no cumplir la definición de caso para la realización de pruebas.

Por otro lado, hay diversos estudios acerca de la menor capacidad de los niños de transmitir la infección.

En varias publicaciones acerca de brotes domiciliarios se describe que los niños eran la fuente de infección en un porcentaje muy bajo de casos.

Todo ello nos hace plantearnos la indicación y utilidad de las pruebas diagnósticas de SARS-CoV-2 en los niños que consultan en el Servicio de Urgencias Pediátricas (SUP).



Afluencia máxima en la sala, atendiendo a las restricciones por la COVID-19.

Objetivos. Cuantificar los casos de COVID-19 diagnosticados en el SUP en el pasado curso escolar 2020-2021, y describir sus características clínico-epidemiológicas.

Determinar si hay diferencias entre los casos confirmados y los casos sospechosos con resultado negativo.

Determinar las diferencias cuantitativas entre casos confirmados que referían contacto estrecho con un caso con los que no lo referían.

Material y métodos. Estudio observacional descriptivo retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas de los niños (0-14 años) que consultaron con sintomatología compatible con COVID-19 entre septiembre 2020 y julio 2021 (11 meses) a los que se les realizó una prueba diagnóstica (Antígeno (Ag) o RT-PCR) para la detección de SARS-CoV-2, según las indicaciones del protocolo vigente.

Desde octubre de 2020 incorporamos la prueba diagnóstica de antígeno rápido (Abbott. Panbio™) en el SUP, facilitando el diagnóstico de la infección por SARS-CoV-2 en los pacientes que consultan con sintomatología de menos de 5 días de evolución. En el caso de presentar alta sospecha de COVID-19 siendo el Ag negativo o sintomatología de más de 5 días de evolución, se les realiza RT-PCR.

Se excluyeron las pruebas diagnósticas realizadas en contactos estrechos asintomáticos o pacientes con clínica no sugestiva de COVID-19 que precisaban prueba diagnóstica para ingreso hospitalario.

Para el análisis estadístico de las variables cualitativas se utilizó la prueba de Chi cuadrado o test exacto de Fisher en el caso de que fuera necesario, con un IC de 95% y nivel de significación de 0,05.

Resultados. Se incluyen 1.405 pacientes con una media de edad de 3,9 años (47 meses), varones (54,6%) y mujeres (45,4%) que consultan en el SUP por los siguientes motivos: fiebre o febrícula (81%), síntomas respiratorios y/u otorrinolaringológicos (tos, disnea, odinofagia, otalgia, rinorrea...) (53%), síntomas digestivos (dolor abdominal, diarrea, vómitos...) (22%), síntomas neurológicos (cefalea, anosmia, ageusia, convulsión...) (7%), síntomas generales

TABLA I. MOTIVOS DE CONSULTA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS.

Fiebre/Febrícula	1.144	81%
Respiratorios y ORL	744	53%
Digestivos	308	22%
Neurológicos	92	7%
Síntomas generales	33	2%
Exantemas	18	1%
Otros	12	1%

(astenia, mialgias, artralgias, irritabilidad...) (2%), exantemas (1%) y otros síntomas (disuria, cojera, BRUE...) (1%) (Tabla I). La fiebre o febrícula fue el motivo de consulta más frecuente con una media de 38,3°C de < 48 h de evolución.

En total se confirmaron 15 casos de COVID-19 (1%), de los cuales 7/15 (46%) referían contacto estrecho con caso conocido: 5 en el ámbito familiar y 2 en el ámbito escolar. 11 casos fueron detectados mediante la prueba de Ag y 4 mediante RT-PCR. 8 mujeres y 7 varones con una edad media de 4,5 años (54 meses).

Todos los pacientes tuvieron clínica leve que no requirió ingreso hospitalario, salvo un lactante de 28 días que ingresó para observación por criterio de edad. Hubo un único caso (varón, 9 años), que precisó seguimiento en Psiquiatría infanto-juvenil por episodios de ansiedad en relación a la idea obsesiva sobre la posibilidad de morirse que empezó al mes de haber pasado la enfermedad.

Al comparar los grupos de pacientes diagnosticados de COVID-19 respecto al grupo de

los pacientes que dieron negativo en las pruebas diagnósticas, no se detectó relación significativa en la sintomatología referida a excepción de la sintomatología general (Tabla II). Se demostró la asociación estadísticamente significativa entre los síntomas generales (astenia, mialgias y/o irritabilidad) y tener COVID-19 (Test exacto de Fisher 0,0044, $p < 0,05$) teniendo en cuenta la limitación del tamaño muestral.

De todos los pacientes incluidos en el estudio, el 2,5% (36/1.405) referían haber tenido contacto estrecho con caso confirmado de COVID-19. 7 resultaron positivos (7/36, 19%) mientras que de los pacientes que no tuvieron contacto estrecho (1.369/1.405), únicamente 8 fueron diagnosticados de COVID-19 (8/1.369, 0,58%). Los que referían haber tenido contacto estrecho presentaron mayor riesgo (OR = 41,06) de tener un resultado positivo en las pruebas diagnósticas de SARS-CoV-2 (χ^2 (1, N=1.405) = 118,13, $p < 0,00001$).

Conclusiones. Entre todos los niños que consultaron en nuestro SUP con síntomas sugestivos de infección por SARS-CoV-2 durante el pasado curso escolar 2020/2021, se detectaron 15/1.405 casos de COVID-19.

No hubo diferencias clínicas significativas entre los pacientes con prueba diagnóstica positiva y los que tuvieron resultado negativo.

La clínica de los casos de COVID-19 diagnosticados en el SUP fue leve y no precisaron ingreso hospitalario por su sintomatología.

El haber tenido un contacto estrecho con caso COVID-19, aumenta el riesgo de tener un resultado positivo en la prueba diagnóstica (OR=41,06).

TABLA II. ASOCIACIÓN ENTRE MOTIVOS DE CONSULTA DE LOS CASOS CONFIRMADOS DE COVID-19 Y LOS PACIENTES CON PRUEBA DIAGNÓSTICA NEGATIVA.

Síntomas	Nº casos	Chi cuadrado	Test exacto de Fisher
Fiebre/febrícula	13/15, 87%	χ^2 (1, N=1.405) = 0,28, p 0,59	
Síntomas respiratorios	8/15, 53%	χ^2 (1, N=1.405) = 0,0009, p 0,97	
Síntomas digestivos	3/15, 20%	χ^2 (1, N=1.405) = 0,03, p 0,85	
Síntomas neurológicos	3/15, 20%	χ^2 (1, N=1.405) = 4,48, p 0,34	0,0697, $p > 0,05$
Síntomas generales	3/15, 20%	χ^2 (1, N=1.405) = 20,59, $p < 0,00001$	0,0044, $p < 0,05$

REVISIÓN DE LA RABDOMIÓLISIS AGUDA EN LA EDAD PEDIÁTRICA: A PROPÓSITO DE 3 CASOS. **N. González Arza, I. Alegría Echauri, C. Calderón Gallego, A. Belza Mendikute, M.M. Pina López, D.M. Peñafiel Freire.** *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Navarra.*

Antecedentes y objetivos. La rabdomiólisis aguda es una entidad poco frecuente en la población pediátrica y existen pocos estudios sobre esta afección, por lo que su manejo terapéutico resulta muy variable. Sin embargo, es un diagnóstico que los pediatras deben reconocer ya que un tratamiento oportuno puede prevenir posibles complicaciones, como la lesión renal aguda. Por ello, resulta de gran interés realizar una revisión acerca de esta patología a propósito de 3 casos recientes.

Método. Estudio descriptivo de una serie de 3 pacientes con diagnóstico de rabdomiólisis aguda y revisión actualizada sobre dicha enfermedad.

Resultados:

- **Caso clínico 1:** niño de 9 años, con antecedente de distrofia muscular asociada al gen DMD (distrofinopatía), que acude por presentar en las últimas 6 horas orina "más oscura". No asocia otra clínica ni cuadro infeccioso previo. Refiere haber realizado educación física en su centro escolar. En la analítica sanguínea destaca elevación de CPK (74073 U/L). Presenta además elevación de AST 1173 U/L, ALT 564 U/L, CK 74073 U/L y mioglobina 3974 ng/mL.
- **Caso clínico 2:** niño de 6 años, con antecedente de enfermedad de Duchenne en fase presintomática. En el último año ha participado en un ensayo clínico con miotubularina que ha finalizado hace 8 días. Acude por dolor en extremidades inferiores que irradia a zona lumbar acompañado de debilidad muscular de 6 horas de evolución, coincidiendo con la realización de natación. En la analítica sanguínea, se objetiva CK > 170.000 U/L, mioglobina > 12.000 ng/mL e hipertransaminasemia (AST 3664 U/L, ALT 969 U/L).
- **Caso clínico 3:** niño de 12 años con antecedente de glucogenosis tipo V (McArdle), que acude por dolor lumbar súbito de 4

horas de evolución que aumenta con el movimiento. Refiere haber realizado educación física en su centro escolar. La analítica sanguínea muestra CK de 61.830 U/L.

Los 3 pacientes presentaban mioglobinuria en el sedimento urinario y mantuvieron la función renal conservada. Recibieron como tratamiento hiperhidratación endovenosa y presentaron una evolución clínica adecuada con descenso progresivo de CPK.

Conclusiones. La rabdomiólisis aguda es una entidad infrecuente, por ello es importante identificar los signos y síntomas para poder realizar un manejo terapéutico adecuado con el objetivo de prevenir la lesión renal aguda.

Es importante identificar a los pacientes que, debido a su patología de base, presentan un mayor riesgo de padecerla. De esta forma se puede instruir en medidas preventivas y reconocimiento precoz de la sintomatología.

ANÁLISIS DE LA EXPRESIVIDAD CLÍNICA DE LA COVID-19 EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE NAVARRA Y PAÍS VASCO. **M.Á. Sánchez Durán^{1,2}, E. Ciriza Barea¹, M. Sánchez Echenique³, I. Nyumbaye⁴, L. García Blanco⁵, M. Elso Martínez¹.** ¹C.S. Ansoáin (Pamplona). ²Hospital Universitario de Navarra (Pamplona). ³Coordinadora de PAPenRed de Navarra. ⁴C.S. Olite (Navarra). ⁵C.S. San Juan (Pamplona).

Introducción. La enfermedad de la COVID-19 afecta de manera diferente a los pacientes pediátricos en cuanto a su prevalencia, clínica o gravedad, dependiendo de que estos casos se circunscriban al contexto hospitalario o al de Atención Primaria (AP). Asimismo, teniendo en cuenta que los estudios publicados sobre esta patología incluían principalmente pacientes hospitalizados o atendidos en urgencias, se puede intuir que dichos estudios sobredimensionaban la gravedad de esta patología, mientras que los pacientes asintomáticos quedaban infrarrepresentados.

El objetivo principal del estudio es describir la expresión clínica de la COVID-19 en la población pediátrica atendida en AP, así como su gravedad y evolución de los síntomas presentados al diagnóstico.

Métodos. Se han estudiado 776 pacientes (427 de Navarra y 349 del País Vasco) que fueron diagnosticados de COVID-19 en AP, test diagnóstico positivo mediante, desde el 12 de mayo de 2020 al 30 de abril de 2021. La recogida de datos se realiza mediante la Red de Investigación en Pediatría de Atención Primaria (PAPenRed), compuesta por pediatras de AP de toda España y, en concreto, de Navarra y Euskadi.

Resultados. Según los datos del estudio realizado a nivel nacional, el 48,4% de la muestra fue de sexo femenino, la media de edad fue de 8 años y el 87,9% de los pacientes no presentaron patologías de riesgo. Atendiendo al proceso diagnóstico, este se inició a raíz de ser contacto estrecho de un caso positivo en un 70,9% de las ocasiones para, a continuación, confirmar el diagnóstico a través de una única prueba en el 90,6% de los casos (presentando el test de antígenos un mayor número de falsos negativos) y, de media, 2 días después del inicio de los síntomas.

A nivel clínico, el 43,2% de los niños fueron asintomáticos. Los síntomas predominaron en las edades extremas de la muestra, siendo la rinorrea el síntoma más frecuente a los 2 años; la fiebre, entre los 2 y 8 años; y la cefalea, desde los 8 a los 14 años. La clínica duró de media 4 días y el 98,2% de los pacientes pasaron el cuadro sin complicaciones en su domicilio. Estos datos son análogos en la muestra analizada de Navarra y Euskadi.

Conclusiones. La COVID-19 se presenta de manera asintomática o leve en la mayoría de casos pediátricos, sin requerirse ingreso hospitalario. La fiebre, la rinorrea y la tos han sido los síntomas más frecuentemente observados, especialmente en lactantes y adolescentes.

INTENTO AUTOLÍTICO MEDIANTE INTOXICACIÓN FARMACOLÓGICA. **R. Pomares Bascañana, A.L. Martínez de Morentin, L. Ahmed Mohamed, J. Nogueira López, N. Clerigué Arrieta.** *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Navarra (HUN).*

Introducción. Las consultas en Urgencias por intento autolítico han aumentado en los

últimos años, requiriendo un abordaje multidisciplinar. El rango de edad con mayor prevalencia es el de los adolescentes, siendo el consumo de fármacos uno de los métodos más utilizados.

Resumen del caso clínico. Adolescente de 14 años que acude a Urgencias por vómitos, tras la ingesta de 40 comprimidos de 1 gramo de paracetamol hace 8 horas. Dos intentos autolíticos previos. En Urgencias TEP estable, sin alteraciones de las constantes ni en la exploración. Se realiza gasometría, que evidencia acidosis metabólica e hiperglucemia de 230 mg/dL, y analítica sanguínea, que incluye hemograma, bioquímica con función hepática y renal, coagulación, procalcitonina y niveles de paracetamol. Se inicia tratamiento precoz con N-acetilcisteína (NAC) intravenosa en pauta clásica, en tres dosis durante 20 horas. Los resultados analíticos muestran unos niveles de paracetamol de 160 mg/L (riesgo toxicidad a 8 horas si >60 mg/L) sin otras alteraciones, por lo que teniendo en cuenta que se trata de una dosis masiva (>30 g), se duplica la tercera dosis de NAC. En controles posteriores se evidencia un descenso gradual de los niveles de paracetamol, con normalización de la acidosis y de la glucemia y sin alteraciones en el perfil hepático ni renal. Tras 24 horas en Observación de Urgencias, se ingresa en Hospitalización para continuar control clínico y analítico. Durante su ingreso la paciente fue valorada por Psiquiatría que programó consulta ambulatoria tras el alta. Se mantuvo asintomática, sin alteraciones del perfil hepático, salvo una leve alteración aislada del INR en contexto de administración de NAC. Tras el alta se repitió una nueva analítica a los 7 días, que fue normal.

Conclusiones:

- El carbón activado está indicado en las primeras 2 horas tras ingesta si dosis tóxica o desconocida, y en las 6 primeras horas si dosis masiva o coingesta de fármacos que enlentecen el vaciado gástrico. La administración de NAC antes de las 6 horas disminuye la morbi-mortalidad.
- Los niveles de paracetamol en sangre se elevan a las 4 horas de la ingesta, por lo que resultados normales en controles previos pueden ser falsamente negativos.
- Existe pauta de tratamiento alternativo, protocolo SNAP (*Scottish and Newcastle Acetylcysteine Protocol*), con el fin de disminuir el riesgo de efectos adversos por la NAC, que se administra en 12 horas, pudiendo repetirse otra dosis en caso de dosis masiva o si persisten niveles tóxicos.
- Es imprescindible la valoración y seguimiento por Psiquiatría, en casos de intoxicación masiva por fármacos.

INESTABILIDAD HEMODINÁMICA TRAS INFECCIÓN SARS-CoV-2. **R. Pomares Bascuñana, J. Nogueira López, A.L. Martínez de Morentin, L.A. Mohamed, D. Martínez Cirauqui, D. Morales Senosiain.** *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Navarra (HUN).*

Introducción. La infección por SARS-CoV-2 cursa de forma leve en la mayoría de pacientes pediátricos, sin embargo se han descrito formas graves que se engloban en el Síndrome Inflamatorio Multisistémico Pediátrico (SIM Ped), que comparte signos clínicos y analíticos con la enfermedad de Kawasaki, el síndrome de shock tóxico, sepsis o síndrome de activación macrofágica.

Resumen del caso clínico. Niña de 10 años que acude a Urgencias por fiebre alta de 5 días de evolución, asociando múltiples episodios de vómitos y deposiciones líquidas y una disminución significativa del ritmo de diuresis. Antecedente de infección por SARS-CoV-2 hace 6 semanas. En las constantes se evidencia una hipotensión arterial con una TAS/TAD de 70/30 mmHg, taquicardia de 140 lpm, taquipnea de 45 rpm, Sat O₂ 95% y una T de 38,3°C axilar. En la exploración física se observa un exantema morbiliforme no descamativo en miembros superiores e inferiores, lengua aframbuesada y dolor abdominal intenso a la palpación en región periumbilical, sin signos de irritación peritoneal. Se realizan tres expansiones con SSF 0,9% a 10 ml/kg persistiendo hipotensión <Pc3, por lo que se traslada a la UCIP, donde se inicia perfusión continua de noradrenalina durante 24 horas con mejoría progresiva de la tensión arterial hasta un Pc50 y una normalización de la frecuencia cardíaca.

Se inicia antibioterapia endovenosa precoz con cefotaxima a 200 mg/kg/día y clindamicina a 40 mg/kg/día. Ante sospecha de SIM-Ped se pauta tratamiento endovenoso con metilprednisolona a 2 mg/kg/día e inmunoglobulinas a 2 g/kg. Analíticamente la paciente muestra elevación de parámetros inflamatorios (PCR, PCT, LDH, leucocitosis, neutrofilia, LDH) y alteración de marcadores cardíacos (troponinas y BNP) y coagulopatía con alteración de la vía extrínseca. Tras estabilización inicial se realiza un ECG, una Rx PA de tórax, ecocardiografía y una ecografía abdominal, que no muestran alteraciones significativas.

Debido a la mejoría clínica se decide ingreso en Hospitalización para control clínico y analítico, y para ajustar tratamiento.

Conclusiones:

- Una anamnesis completa que recoja antecedentes de infección por SARS-CoV-2 es fundamental para sospechar un SIM-Ped.
- Clínicamente cursa con fiebre de al menos tres días de evolución, asociando sintomatología gastrointestinal, cutánea o inestabilidad hemodinámica, con un aumento de los marcadores inflamatorios y una alteración de los cardíacos en la analítica de sangre.
- Es necesario completar estudio con un ECG, Rx PA de tórax, ecografía abdominal y ecocardiografía.
- En las formas Kawasaki-like asociar de forma conjunta tratamiento endovenoso con corticoides e inmunoglobulinas de forma precoz.

¿PRIAPISMO EN LA INFANCIA? **R. Pomares Bascuñana, L.A. Mohamed, J. Nogueira López, A.L. Martínez de Morentin, F. Gallinas Victoriano, E. Gembero Esarte.** *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Navarra (HUN).*

Introducción. El priapismo es una erección prolongada y dolorosa, no iniciada por estímulo sexual. Se trata de una patología inusual en la infancia, relacionándose fundamentalmente con la anemia de células falciformes, leucemia, traumatismos en región pélvica y el consumo de fármacos.

Resumen del caso clínico. Niño de 7 años que acude a Urgencias por induración indolora del pene de 5 días de evolución. No otra sintomatología asociada. Niega traumatismo ni consumo de fármacos. En la exploración física se evidencia una erección media con tumefacción indolora sin signos de isquemia ni necrosis. Se realiza una analítica de sangre con hemograma que no muestra alteraciones y una eco-doppler, que es informada como normal, sin alteraciones del flujo sanguíneo ni malformaciones. Se contacta con Cirugía Pediátrica para valoración. Debido a la estabilidad clínica y a la ausencia de signos de alarma en las exploraciones complementarias se decide dar de alta con medidas de vigilancia y seguimiento en consulta de Cirugía Pediátrica. De forma ambulatoria se realizan dos nuevas ecografías y una RMN lumbosacra para descartar compresión medular o lesiones compresivas locales, que no muestran hallazgos significativos. Se propone la posibilidad de realizar angiografía diagnóstica-terapéutica debido a la persistencia de la induración después de 2 meses de la consulta en Urgencias de Pediatría, pero debido a la sospecha de erección prolongada recurrente, que es una entidad de curso benigno, autolimitado y sin alteraciones en las pruebas complementarias, se decide actitud expectante.

Conclusiones:

- Es de gran importancia la realización de una anamnesis completa que recoja posibles antecedentes de traumatismo pélvico o consumo de fármacos.
- Las pruebas complementarias que se proponen desde la Urgencias son la realización de una analítica de sangre con hemograma y un eco-doppler, pues las alteraciones de bajo flujo se consideran una emergencia quirúrgica.
- El diagnóstico definitivo se obtiene mediante la realización de una arteriografía de iliacas.
- Se ha descrito la erección prolongada recurrente como una induración fisiológica del pene de etiología desconocida y de curso autolimitado, manejándose de forma conservadora mediante vigilancia clínica. En esta entidad, los resultados de las pruebas complementarias son normales.

SÍNDROME DE ROKITANSKY. REVISIÓN DE CASOS. **L. Peña Gajate¹, A. Izquierdo Iribarren¹, V. Cancela Muñoz², E. Artola Aizalde².** ¹MIR Pediatría, ²Sección de Endocrinología Infantil. Hospital Universitario Donostia.

Introducción y objetivos. El síndrome de Rokitansky (SR) se caracteriza por agenesia de útero y vagina. Es la segunda causa más frecuente de amenorrea primaria. Estas mujeres presentan una función ovárica normal y un desarrollo sexual secundario normal en la pubertad, pero no tienen ciclo menstrual. Su causa es aún desconocida, aunque es probable que responda a una etiología poligénica multifactorial que altera el desarrollo de los conductos müllerianos entre la 4ª y la 12ª semanas de gestación. Las mujeres con SR tienen un cariotipo 46 XX y un fenotipo femenino normal. El diagnóstico se confirma mediante una ecografía o resonancia magnética. El tratamiento implica la creación de una neovagina, para permitir la función sexual siendo de primera línea el manejo quirúrgico.

El objetivo del estudio es presentar el caso clínico de una paciente de 14 años con SR así como repasar las características de todas las pacientes afectas de este síndrome que son controladas en consultas externas de Endocrinología Infantil (EI) de un hospital terciario.

Casos clínicos. Niña de 14 años en seguimiento por Nefrología infantil por riñón en herradura, sin otros antecedentes personales de interés, que derivan a la consulta de EI por objetivarse una ecografía abdominal patológica en la que no se visualizan útero y vagina. En la exploración física se objetiva un desarrollo puberal completo (Tanner 5), iniciado hace 1 año pero sin menarquia. Ante los hallazgos ecográficos, la amenorrea y exploración, se realiza un estudio hormonal que es normal y una RMN que confirma la ausencia de útero y vagina, hallazgos sugestivos de SR. Se revisan los 5 casos de pacientes con SR atendidas en la consulta de EI de un hospital terciario en los últimos 10 años. Todas presentan amenorrea y desarrollo puberal normal. La media de edad al diagnóstico es de 14,4 años. En el 80% el diagnóstico de confirmación se realiza mediante RMN, siendo en uno de los casos

el diagnóstico por laparoscopia exploradora. En el 60% se objetivan malformaciones renales asociadas y el 40% ya han recibido un tratamiento quirúrgico.

Comentarios. El SR y es la segunda causa más frecuente de amenorrea primaria por lo que se debe tener en cuenta en adolescentes con ausencia de menarquia. Su característica principal es la ausencia de útero y vagina, y el diagnóstico de confirmación se realiza mediante RMN. Puede asociar malformaciones nefro-urológicas y esqueléticas y el tratamiento definitivo es quirúrgico, con el objetivo de establecer una función sexual normal.

MENOS DIAGNÓSTICOS DE CÁNCER PEDIÁTRICO DURANTE EL PRIMER AÑO DE LA PANDEMIA COVID 19. ¿REALIDAD O CONSECUENCIA? **M.D. Cañada Ramírez¹, A. Fernández Bonet¹, P. González Urdiales^{1,2,3}, A. Echebarria Barona^{1,2,3}, I. Astigarraga Aguirre^{1,2,3}, R. López Almaraz^{1,2,3}.** ¹Servicio de Pediatría, ²Unidad de Oncología-Hematología Pediátrica. Hospital Universitario Cruces. ³Grupo Oncología pediátrica. Instituto de Investigación Sanitaria Biocruces.

Antecedentes y objetivos. Durante el primer año de pandemia por COVID-19 varios centros nacionales e internacionales hemos percibido un descenso de casos nuevos de cáncer en niños y adolescentes. En algunos casos se ha producido un retraso en el diagnóstico, con cuadros clínicos más graves al debut.

El objetivo de nuestro estudio es analizar la epidemiología de los casos nuevos atendidos en nuestro centro en el año 2020 en comparación con el periodo comprendido entre 2014-2019.

Método. Estudio descriptivo del registro de casos nuevos de cáncer infantil y adolescentes atendidos en una Unidad de Oncología-Hematología Pediátrica de un hospital de tercer nivel público de España. Se analizaron todos los casos diagnosticados en 2020 y se compararon con los seis años previos a la pandemia. Se compararon estos datos con lo referido a nivel nacional e internacional. Tras los datos epidemiológicos obtenidos se establecen hipótesis de causalidad.

Resultados. La media de nuevos casos anuales entre 2014-19 fue de 63 (Tumores del SNC > Leucemias > Tumores de partes blandas > Linfomas > Neuroblastomas) con un rango de 50-81. En 2020 tuvimos 44 casos nuevos (Tumores del SNC > Linfomas > Leucemias > Neuroblastomas). De forma significativa diagnosticamos un 59,5% menos de leucemias, 31,5% menos de tumores del SNC, y la mitad de tumores de partes blandas. Sin embargo, se diagnosticaron un 68,8% más de Linfomas; sobre todo linfomas Hodgkin en adolescentes. Para Neuroblastomas no hubo diferencias. Los hallazgos de un diagnóstico menor de casos; sobre todo en los primeros meses de la pandemia COVID-19, han sido referidos por otras series (Lombardía, Holanda, varios países europeos con respecto a LLA de precursores B –BCP-ALL–). Salvo en casos puntuales, no observamos retrasos significativos de diagnóstico ni aumento de la mortalidad en nuestro centro. En todo este periodo, el número de niños atendidos en los diferentes niveles asistenciales por infecciones respiratorias víricas fue muy escaso.

Conclusiones:

- En nuestra serie, durante la 1ª y 2ª ola de la pandemia COVID-19, se diagnosticaron un 30% menos de cánceres en niños y adolescentes con respecto a años previos, principalmente leucemias, tumores del SNC y tumores de partes blandas.
- Se debería proporcionar más información sobre las consecuencias epidemiológicas de la pandemia COVID-19 en la incidencia del cáncer pediátrico.
- La práctica desaparición de otras infecciones víricas respiratorias ha podido generar una menor desregulación inmune y, en consecuencia, menor número de leucemias, sobre todo de BCP-ALL.

PREMIO MEJOR COMUNICACIÓN ORAL

EXPERIENCIA DEL CRIBADO NEONATAL DE ENFERMEDAD DE CÉLULAS FALCIFORMES EN UN HOSPITAL TERCIARIO. **P. González Urdiales^{1,2}, R. Adán Pedroso^{1,2}, J. de Pedro Olaba-**

rri^{1,2}, N. Ferrero Saiz³, R. del Orbe Bareto⁴, I. Astigarraga Aguirre^{1,2,5}. ¹Unidad de Oncología y Hematología Pediátrica, ²Unidad de Hematología. Hospital Universitario Cruces. ³Instituto de Investigación Sanitaria Biocruces. ⁴Unidad de Química clínica y metabopatías. Laboratorio de Salud Pública en Bizkaia. ⁵Departamento Pediatría. Universidad País Vasco.

Antecedentes y objetivos. La drepanocitosis es una entidad emergente en nuestro país a consecuencia de los flujos migratorios. El cribado neonatal permite establecer el diagnóstico previo al inicio de síntomas e iniciar intervenciones tempranas para reducir la morbilidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes. El objetivo de este trabajo es analizar los resultados del cribado neonatal de enfermedad de células falciformes (ECF) en un hospital terciario de la CAPV desde su inclusión en mayo 2011.

Métodos. Estudio descriptivo, retrospectivo de los recién nacidos positivos en el cribado neonatal para ECF en el Hospital Universitario Cruces, entre mayo 2011 y diciembre 2020. Se incluyeron portadores heterocigotos (FAS/FAC) y enfermos homocigotos (FS) o dobles heterocigotos (FSC). Desde el laboratorio de Salud Pública, responsable del cribado neonatal a nivel de CAPV, se notifican los resultados positivos a los equipos de Neonatología y Hematología Infantil de nuestro hospital, quienes contactan con los pediatras de atención primaria para realizar electroforesis a partir de los 6 meses de vida y confirmar el resultado del cribado. Se han recogido las variables epidemiológicas: sexo, procedencia de progenitores y electroforesis de confirmación.

Resultados. Entre mayo 2011 hasta diciembre 2020, se registraron en la CAPV 184.089 nacimientos, efectuándose cribado neonatal en 184.034 casos (99,97%). Se detectaron 1176 portadores (939 FAS; 174 FAC; 63 otras) y 47 enfermos (39 homocigotos-FS; 6 dobles heterocigotos-FSC y 2 homocigotos-FC).

En nuestro centro en el mismo periodo de tiempo, 282 pacientes fueron positivos, sin diferencias significativas entre hombres y mujeres (49,5% vs 42,9%). De ellos, 269 fueron portadores y 13 enfermos. Entre los por-

tadores, 222 fueron FAS y 47 FAC; y, entre los enfermos, 10 homocigotos (FS) y 3 dobles heterocigotos (FSC). Las electroforesis realizadas con posterioridad confirmaron los resultados del cribado en todos los casos (10 HbSS y 3 HbSC), excepto en uno. Todos los enfermos fueron valorados precozmente en consultas de Hematología Infantil, iniciándose profilaxis con penicilina, tratamiento con hidroxiurea y adecuando el calendario vacunal por la asplenia funcional.

Respecto a la procedencia de los progenitores: 188 fue africana (66,7%), 29 sudamericana (10,3%), 17 europea (6%) y 14 centroamericana (4,9%). En 34 casos (12%), no se conocía este dato.

Conclusiones. El cribado neonatal es una herramienta eficaz para la detección precoz de enfermos y portadores de ECF, que permite iniciar profilaxis y tratamiento de forma precoz en pacientes homocigotos y dobles heterocigotos para evitar complicaciones derivadas de la enfermedad.

ASMA DE DIFÍCIL CONTROL: ¿Y SI NO ES ASMA? A PROPÓSITO DE UN CASO DE ESTENOSIS TRAQUEAL. **N. Rodríguez Cano¹, J. Elorz Lambarri², C. Canduela Fernández², M. Villar Álvarez², Lecumberri Cortés³.** ¹MIR Pediatría, Servicio de Pediatría; ²Sección de Neumología infantil, Servicio de Pediatría; ³Servicio de Radiodiagnóstico. HU Basurto.

El asma es la enfermedad crónica más frecuente en Pediatría. Dentro de los casos de asma de difícil control, la causa más frecuente en niños que previamente tenían criterios de control es la escasa adherencia terapéutica y la mala técnica de inhalación. En otras ocasiones se debe a procesos comórbidos que pueden coexistir con el asma, como la bronquitis crónica o la obesidad. Menos frecuentemente el mal control se debe a otras patologías respiratorias mucho menos habituales y que nada tienen que ver con el asma, como los tumores endobronquiales primarios.

Presentamos el caso de un niño de 12 años con asma moderada alérgica desde el primer año de vida que en un primer momento se con-

trolaba con dosis bajas de corticoide inhalado. Además practicaba deporte de competición. Tenía una espirometría óptima con un volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1) de 138% y curva flujo-volumen normal. La adherencia terapéutica y la técnica de inhalación eran buenas y las determinaciones de FeNO siempre fueron inferiores a 50 partes por billón (ppb). De manera brusca comenzó con intolerancia al ejercicio que no se asociaba a tos nocturna o flema. En pocos meses, su FEV1 disminuyó a 90% y posteriormente hasta 66%. Tras el incremento de la medicación inhalada e incluso tras introducir corticoides orales, el paciente no presentó mejoría clínica ni espirométrica. Como parte del estudio de asma de difícil control se practicó un TAC helicoidal que reveló la presencia de una masa que obstruía prácticamente por completo la luz traqueal. Se realizó cirugía y extirpación de la masa, que correspondía a un tumor miofibroblástico (el 1% de tumores endobronquiales primarios en el niño).

LARINGITIS POR VIRUS HERPES SIMPLE: A PROPOSITO DE UN CASO. O. Bedialauneta Somoza¹, P. Corcuera Elósegui², C. García Prados³, M. Ábrego Olano⁴. ¹MIR Pediatría, Servicio de Pediatría; ²Neumología pediátrica, Servicio de Pediatría; ³Unidad de Hospitalización de Lactantes, Servicio de Pediatría; ⁴Otorrinolaringología infantil, Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario Donostia.

Antecedentes y objetivos. Se presenta el caso de un paciente con estridor agudo de evolución atípica con hallazgo de lesiones ulcerativas en laringe tras aparición de lesiones compatibles con gingivostomatitis herpética en boca. El objetivo es describir la entidad causante, su evaluación y su manejo.

Métodos. Se realiza una revisión bibliográfica de casos pediátricos publicados de laringitis herpética. Se realiza un análisis descriptivo sobre la clínica, la evaluación del paciente, el manejo y los tipos de tratamiento y el seguimiento posterior de pacientes que presentan la entidad a estudio, comprándolos con el caso presentado.

Resultados. Se analizan 7 artículos que exponen 11 casos de laringitis con lesiones ulcerativas. Se observó estridor de más de 7 días de evolución en todo ellos, duración habitual de las laringitis agudas causadas por infecciones virales comunes. Se sometieron a laringoscopia directa, realizándose diagnóstico diferencial con causas de estridor de larga evolución como malformaciones anatómicas, aspiración de cuerpo extraño o agentes infecciosos menos frecuentes como el virus herpes simple (VHS). Al comparar los casos descritos con el nuestro, solo en 5 de ellos se observaron lesiones compatibles con gingivostomatitis herpética y no se aisló VHS en todos los casos. La mayoría de los pacientes descritos eran inmunocompetentes. Se observó que el manejo de la vía aérea es primordial, precisando intubación endotraqueal hasta un tercio de los casos. El uso de corticoterapia para este fin es controvertido por su efecto inmunosupresor, pero fue usado en todos los casos con diferente intervalo de tiempo y dosis. Como tratamiento etiológico, se administró Aciclovir precozmente, sin establecer una dosis, duración o vía de administración óptima, con mejoría de la sintomatología. En algunos casos, se añadió profilaxis antibiótica por riesgo de sobreinfección y bacteriemia por *Kingella kingae* y *Streptococcus pyogenes*. Se realizó seguimiento para observar desaparición de las lesiones y del edema subglótico, observándose que puede persistir varias semanas.

Discusión. Pese a la rareza de esta entidad, en pacientes con laringitis de larga evolución, sobre todo, en aquellas que se dan en contexto de una gingivostomatitis herpética, debe sospecharse una laringitis por VHS y realizar una laringoscopia. Además, la vigilancia de la vía aérea es clave, así como el inicio precoz de Aciclovir y el tratamiento con corticoides sistémicos, debiendo tenerse en cuenta sus posibles implicaciones.

IMPACTO DEL CORONAVIRUS EN PEDIATRÍA. U. González Camacho, P. Alcides Macías Fernández, M. Igartua Goitia, D. Jiménez Villarreal, V. Salcedo Casado, A. Rodríguez Ortiz. *Unidad de Gestión Clínica Pediátrica. OSI Debagoiena.*

Objetivo. Estudiar el impacto del SARS-CoV-2 (COVID-19) en la población pediátrica.

Método. Se realiza estudio observacional tipo descriptivo; se recoge información (edad, sexo, forma de contagio, pruebas diagnósticas, evolución y síntomas presentados) de población pediátrica diagnosticada mediante estudio microbiológico de COVID-19 durante 12 meses en el centro de salud de Oñate (Gipuzkoa).

Resultados. Se recogieron un total de 256 pacientes con diagnóstico microbiológico o serológico de COVID-19. El 55,5% fueron mujeres y 44,5% hombres, siendo el paciente de menor edad diagnosticado de 1 mes y de 14 años el de mayor edad.

El 91,4% de los pacientes fueron diagnosticados por contacto estrecho y tan solo el 8,6% por cumplir criterios para realización de pruebas microbiológicas. De los pacientes diagnosticados por cumplir síntomas compatibles todos, menos 1 caso de toda nuestra serie, tenían padres que presentaban simultáneamente síntomas de COVID dando también positivo en las pruebas. Dentro de los contactos; el 78% se han contagiado en el ámbito familiar, el 18,3% en el colegio y tan solo 3,7% en ámbito social. De los contagiados en centros educativos la mayoría han sido adolescentes (45,5%), seguido de edad escolar (36,3%) y finalmente preescolares (9,1%) y lactantes (9,1%).

La prueba más usada para el diagnóstico ha sido PCR (67,5%), seguida de test de antígeno (31%) y por último test de anticuerpos (1,5%).

El 25% de los pacientes presentaron síntomas en algún momento del seguimiento; (8,6% al inicio y 16,4% durante los 10 días siguientes). El 75% de los pacientes han permanecido asintomáticos.

El síntoma más común ha sido la febrícula o fiebre (16,7% del total de pacientes), pero solo el 8,6% han superado temperatura por encima de 38 grados axilar siendo la media de duración de la fiebre de 1,2 días. Los síntomas más comunes tras la febrícula han sido: tos (5,46%), cefalea (5,07%) y dolor de garganta (4,6%). Menos comunes: rinorrea (1,9%), anosmia (1,1%), diarrea (1,1%), astenia (0,7%) y aftas (0,39%). La evolución fue favorable en todos

los casos. Ningún paciente presentó dificultad respiratoria ni neumonía ni requirió ingreso hospitalario. Dentro de los pacientes asmáticos ninguno presentó reagudización respiratoria.

Dentro de los grupos de edad; los lactantes (9,4% del total) presentaron síntomas tan solo un 30% siendo la febrícula y la tos los más comunes. En la edad preescolar (21% del total) presentaron síntomas un 18% siendo la fiebre y tos los más frecuentes. En la etapa escolar (49,6% del total) fueron sintomáticos un 22,8%, los más comunes fiebre, dolor de garganta y cefalea. En los adolescentes (20% del total) el 26,9% tuvieron algún síntoma como fiebre, tos, dolor de garganta y cefalea.

En los meses de febrero, marzo y abril se han contagiado más de la mitad de los pacientes del estudio 50,3%, coincidiendo con la llegada de la variante británica al pueblo.

Se han documentado únicamente 3 sospechas de reinfecciones iniciales, confirmándose que todas fueron falsos positivos. No hay ninguna reinfección en nuestra serie de pacientes.

Conclusiones. Los pacientes pediátricos en su mayoría han sido diagnosticados por contacto estrecho de familiares siendo la gran mayoría asintomáticos. De los pacientes con síntomas la fiebre, odinofagia, tos y cefalea han sido los más comúnmente encontrados, siendo todos leves con evolución favorable. No ha habido ningún paciente con complicaciones de ningún tipo ni ingresado en este estudio. No se han documentados reinfecciones.

COLURIA DE PRESENTACIÓN FAMILIAR, A PROPOSITO DE UN CASO. S. Maeso Méndez, Z. García Casales, A.E. Calvo Sáez, M. Gómez Llanos, S. Mesonero Cavia, L. Vilella San Martín. *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Araba.*

Caso clínico. Presentamos un niño de 13 años, procedente de Colombia, sin antecedentes de interés. Es remitido a consulta de gastroenterología pediátrica por episodios de coluria aislada intermitente de inicio hacía 4 años, con exploración física normal. Como antecedentes familiares de interés refieren que la madre, abuela materna y tía abuela materna

presentan síndrome de Gilbert, diagnosticado en su país de origen.

Durante uno de los episodios se realiza análisis de orina, destacando la presencia aislada de urobilinógeno, y analítica sanguínea, en la que se observa hiperbilirrubinemia a expensas de indirecta (1,1 mg/dL), LDH normal, haptoglobina <8 mg/dL, reticulocitos aumentados y coombs directo negativo. No presenta anemia, pero se objetiva una CHCM ligeramente elevada (36,8 g/dL), ADE elevado (19,7%) y VCM en el límite bajo de la normalidad (78,6 fL). Frotis de sangre periférica normal. Además, se descarta afectación hepática, renal e infecciosa.

Ante signos de hemólisis extravascular y datos clínico-analíticos compatibles con membranopatía eritrocitaria se deriva a hematología, que confirma el diagnóstico de esferocitosis hereditaria mediante la visualización de esferocitos en un nuevo frotis de sangre periférica y positividad en el test de EMA. Posteriormente, se recibe resultado negativo de genética de síndrome de Gilbert y actualmente se está realizando el estudio familiar de esferocitosis hereditaria.

Comentarios. El objetivo de esta comunicación es mostrar la importancia de tener presente que, ante un cuadro de coluria e hiperbilirrubinemia, debemos incluir en el diagnóstico diferencial patologías hematólogicas, ya que no en todos los casos son de origen hepático-renal.

Las membranopatías son un grupo de anemias hemolíticas corpusculares, secundarias a un defecto estructural o funcional de la membrana eritrocitaria que altera la forma y deformabilidad del hematíe, lo cual produce una hemólisis extravascular, y secundariamente un aumento compensatorio de la eritropoyesis.

La esferocitosis hereditaria constituye la membranopatía más frecuente. Es característica la presencia de hematíes pequeños de forma redondeada o esferocitos. En ella, existe una hemólisis crónica sobre la que se pueden producir crisis hemolíticas agudas. La expresividad clínica es variable, siendo más frecuentes las formas leves y moderadas. El diagnóstico se realiza combinando los hallazgos clínico-analíticos, la visualización de esferocitos en el frotis de sangre periférica

y la positividad del test de EMA. Destaca la importancia del consejo genético debido a la herencia mayoritaria autosómica dominante de esta entidad.

ESTEREOTIPIAS EN LUGARES SOLEADOS. Z. Ortiz de Zárate Caballero¹, A. Baró Serrano², J. Sala Coromina³, M. Raspall Chaure³, A. Martínez de la Ossa Vela⁴, M. Vicente Rasoamalala⁴.

¹Unidad de Neuropediatría. Hospital Cruces. ²Unidad de Neuropediatría. Hospital General de Granollers. Granollers, Barcelona. ³Servicio de Neuropediatría, ⁴Servicio de Neurofisiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Niña de 5 años sin antecedentes personales ni familiares de interés. Destaca un leve retraso global del desarrollo desde los 2 años con exploración neurológica normal.

Desde los 3 años presenta más de 50 episodios diarios especialmente en lugares soleados y de segundos de duración caracterizados por extensión del cuello seguido de agitación repetitiva de la mano derecha delante de la cara. En ocasiones asocia mioclonías palpebrales. La paciente expresa disconfort cuando se le impide realizar los episodios (videos disponibles).

Los EEGs muestran anomalías epileptiformes generalizadas interictales de moderada incidencia, respuesta fotoparoxística y fotomioclonía de los párpados a 15 Hz, sobre una actividad cerebral dentro de la normalidad para la edad de la paciente (Fig. 1). No se registran los mencionados episodios. En el panel de epilepsia se ha identificado un cambio de significado incierto en el SCN9A (c.3316G>T; pV1106L), heredada del padre. CGHarray normal.

Tanto los episodios como las anomalías en EEGs han persistido sin cambios pese a la politerapia que ha incluido combinaciones de levetiracetam, valproato, lamotrigina, etosuximida y clobazam. Tras tres meses de añadir la fenfluramina a valproato y etosuximida, sí presenta una clara reducción de los episodios.

En este caso clínico la edad de inicio, la semiología de los episodios, los hallazgos EEGs y la mala respuesta a la medicación antiepiléptica plantean el diagnóstico dife-

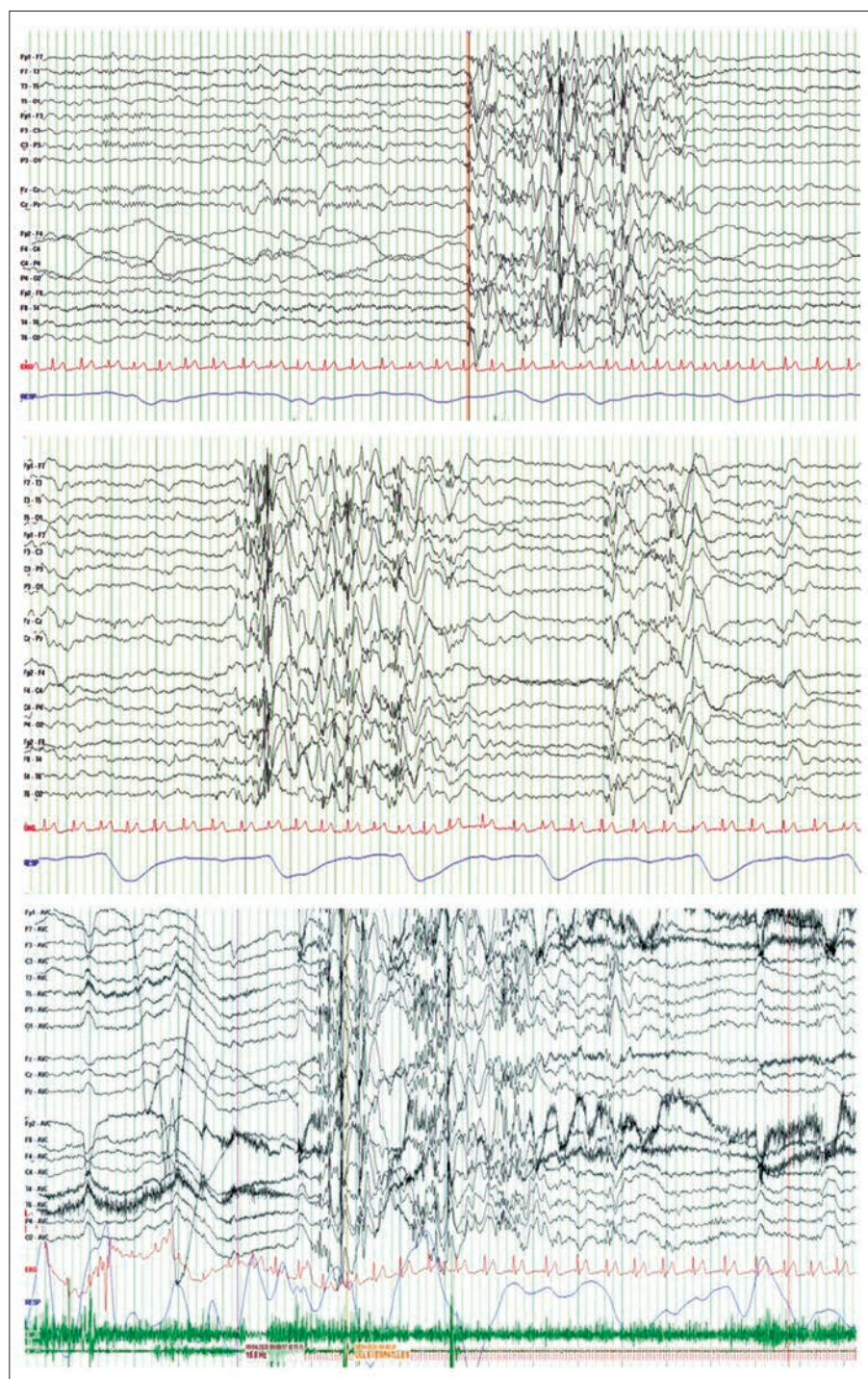


Figura 1.

rencial entre epilepsia generalizada asociada a trastornos paroxísticos no epilépticos (tics, estereotipias o rituales), epilepsia refleja fotosensible, síndrome de Jeavons y síndrome de sunflower.

PIOMIOSITIS SECUNDARIA A TRAUMATISMO. V. Vidal Alba¹, M.I. Garrote Llanos², J.I. Rementería Radigales². ¹Servicio de Pediatría, ²Sección de Infectología Pediátrica. Hospital Universitario de Basurto.

Introducción y objetivos. La piomiositis es una rara infección bacteriana primaria del músculo esquelético, generalmente derivada de una diseminación hemática o debida a una lesión muscular. El objetivo de este trabajo es exponer este caso clínico y su abordaje correspondiente, al ser una patología infrecuente en nuestro ambiente de trabajo.

Resumen del caso clínico. Niña de 5 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias por rechazo de apoyo y dolor en extremidad inferior izquierda tras traumatismo en rodilla izquierda 7 días antes, con Rx normal y que no mejora con analgesia habitual. Asocia fiebre de hasta 38,7°C axilar. No otra clínica acompañante. A la exploración física, llama la atención la impotencia funcional de miembro inferior izquierdo, con empastamiento y eritema hasta casi tobillo, junto con dolor a la palpación en zona gemelar y aumento de temperatura local. En la analítica sanguínea se objetiva una leucocitosis con neutrofilia, así como elevación de la PCR (197), PCT (4,36) y CK (184). La ecografía revela celulitis y miositis del compartimento posterior de la pierna izquierda, sobre todo de ambos gemelos. Debido a la sospecha clínica, se decide ingreso para inicio de tratamiento antibiótico intravenoso y completar estudio de imagen. A su ingreso, se inicia antibioterapia con clindamicina y amoxicilina-clavulánico, con buena evolución clínica y mejoría progresiva de los signos inflamatorios en extremidad inferior izquierda, así como remisión de la fiebre. Se realiza ecografía osteomuscular de control de la extremidad inferior izquierda que evidencia abscesificación en zona gemelar. Dados los hallazgos ecográficos se requieren punciones seriadas y colocación de drenaje, junto con controles ecográficos, hasta evidenciar resolución de la lesión. Durante la hospitalización se realiza controles analíticos observándose mejoría de los parámetros inflamatorios. En el cultivo del absceso en gemelo se aísla *Streptococcus pyogenes* (antibiograma: penicilina, eritromicina, clindamicina sensible). Tras 12 días de ingreso, se decide alta domiciliaria para continuación de antibiótico por vía oral y control por consultas externas.

Comentario. Ante sospecha de miositis infecciosa es necesario iniciar antibioterapia empírica de amplio espectro por vía intravenosa, así como la realización de pruebas

de imagen que completen el estudio de esta patología. En caso de presencia de zonas de abscesificación, puede ser necesario el drenaje de la misma.

En resumen, es una patología infrecuente, que requiere alta sospecha clínica para indicar las pruebas de imagen correspondientes e iniciar tratamiento antibiótico de forma precoz.